

**Fragebogen: Schwanger**

Benutzen Sie bitte diesen Fragebogen „**Schwanger**“, wenn es bei einer bestehenden Schwangerschaft um Medikamente, Erkrankungen oder um eine Impfung geht. Mit einem Sternchen \* gekennzeichnete und farblich unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden.

**Adresse**

\*Anrede, Titel: ..... \*Vorname: .....

\*Nachname: .....

Ggf. Fachrichtung: .....

Ggf. Praxis/Klinik: .....

\*Straße, Hausnummer: .....

\*Postleitzahl: ..... \*Ort: .....

Land oder Bundesland: .....

\*Telefon mit Vorwahl: ..... – .....

Fax mit Vorwahl: ..... – .....

\*E-Mail-Adresse: .....

**Patientin**

(Als Patientin bitte Name und Vorname wiederholen.)

\*Vorname (mindestens Initiale): ..... Anrede, Titel: .....

\*Nachname (mindestens Initiale): ..... \*Geburtsdatum: .....

\* Aktuelle Schwangerschaftswoche: ..... Errechneter Geburtstermin: .....

**Medikamente**

Bitte listen Sie alle Medikamente mit Behandlungsgrund und Anwendungszeitraum auf, die während oder unmittelbar vor der Schwangerschaft angewendet wurden. Falls eine Therapie geplant ist, geben Sie als Anwendungszeitraum „geplant“ an. Falls Sie die Dosis nicht kennen, geben Sie „unbekannt“ an.

Medikament	Behandlungsgrund	Verabreichungsform z.B. oral (Tablette)	Zeitraum der Anwendung von ... bis ...	Dosis

Raum für konkrete Fragen: .....

Impfung in der Schwangerschaft  nein  ja Welche: .....

Impfstoff (Handelsname): .....

Impfdatum: ..... Chargennummer: .....

Nebenwirkungen nach Impfung (z.B. Rötung, Fieber)  nein  ja

Details: .....

**Aktuelle Anamnese**

Körpergröße in cm: ..... Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft in kg: .....

Folsäure  nein  ja Handelsname: ..... Einnahme von: ..... bis: .....

Rauchen  nein  ja Wie viel und wie lange: .....

Alkohol  nein  ja Wie viel und wann (zuletzt): .....

Drogen  nein  ja Welche, wie häufig und wann (zuletzt): .....

Verhütung in die Schwangerschaft hinein  nein  ja

Handelsname, bis wann: .....

Kinderwunschbehandlung  nein  ja

Welche (z.B. Clomifen, IvF) und wann: .....

Fieber >38,5°C in der Schwangerschaft  nein  ja

Weitere Erkrankungen, sofern nicht unter Medikamente erfasst  nein  ja

Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Informationen, z.B. wann und wie lange welche Erkrankungen auftraten und wie sie ggf. behandelt wurden:

.....

**Familienanamnese**

Erkrankungen in der Familie  nein  ja

Welche und bei wem: .....

.....

**Frühere Schwangerschaften**

\*Frühere Schwangerschaften  nein  ja  unbekannt

Anzahl (ohne die jetzige): .....

Davon waren: ..... lebend geborene gesunde Kinder

..... lebend geborene Kinder mit angeborenen Erkrankungen

..... Fehlgeburten

..... Extrauterinschwangerschaften

..... Totgeburten

..... Schwangerschaftsabbrüche

Details zu früheren Schwangerschaften: .....

.....

.....

**Abschicken**

(Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und akzeptieren Sie die Datenschutzvereinbarungen.)

\*Beratungsoptionen  Ich bin leicht und direkt per Telefon unter oben angegebener Nummer erreichbar und bitte um Rückruf. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Rückruf erwarten, wenn wir Sie innerhalb von 24 Stunden telefonisch nicht erreichen konnten.**

Ich melde mich selber zu den Sprechzeiten Mo-Fr 9:00 – 12:30 Uhr und (außer mittwochs) 13:30 – 16:00 Uhr.

Ich brauche zurzeit keine Beratung, bin aber mit einer späteren Kontaktaufnahme durch das Institut einverstanden.

Ich wurde bereits beraten und reiche hiermit fehlende Angaben nach.

\*Datenschutzvereinbarung  **Einverständniserklärung der Schwangeren/Patientin zur Datenverarbeitung:**

Ich bin mit der Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Die Informationen unter [www.embryotox.de/datenschutz.html](http://www.embryotox.de/datenschutz.html) zum Datenschutz und zur Verwendung der Daten sowie meine Rechte nach §7 Berliner Datenschutzgesetz sind mir bekannt. Ich bin damit einverstanden, dass mir das Institut etwa 2 Monate nach dem errechneten Geburtstermin einen weiteren Fragebogen zuschickt. Diese Zustimmung kann ich jederzeit, formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

**Für Ärzte/Fachkreise:** Ich werde den Informationsbogen unter [www.embryotox.de/datenschutz.html](http://www.embryotox.de/datenschutz.html) an die Patientin weiterleiten.

\*Ort, Datum, Unterschrift: .....